9.

SUR UN

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

DE LA CATARACTE

(EXTRACTION A LAMBEAU PÉRIPHÉRIQUE);

PAR

L. DE WECKER.

PARIS,

GAUTHIER-VILLARS, IMPRIMEUR-LIBRAIRE

DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE,

SUCCESSEUR DE MALLET-BACHELIER,

Quai des Augustins, 55.

1875

Sur un nouveau procédé opératoire de la cataracte (extraction à lambeau périphérique) ;

Par L. DE WECKER.

« Il est constaté qu'avec l'ancien procédé classique de Daviel le plus habile opérateur ne peut éviter sur dix cas un insuccès immédiat et complet, et que chez un second malade la vision ne soit obtenue qu'au prix d'une deuxième opération encore incertaine dans ses suites.

» Pour échapper à ces échecs, inhérents en grande partie au procédé, on a, d'une part, déplacé la section de Daviel pour la porter de la cornée dans le point de jonction de cette membrane avec la sclérotique, ainsi que l'a fait Jacobson ; d'autre part, on a fait subir à cette section un changement complet dans sa forme, en lui donnant une direction presque rectiligne, ainsi que l'a indiqué de Graefe.

» Ces modifications, qui ont eu pour principal but d'assurer à la section une coaptation et une cicatrisation meilleures, ont eu l'heureux effet de réduire les pertes immédiates à 5 et même à 2 pour 100, et le nombre des résultats incomplets à la moitié de celui que donnait le procédé de Daviel ; aussi l'extraction linéaire a-t-elle pris dans ces derniers temps le pas sur l'ancien procédé classique, quoiqu'elle nécessitât un agrandissement définitif de la pupille par l'excision d'une portion de l'iris.

» La sécurité de l'opération a beaucoup gagné, mais la pureté des résultats, au point de vue optique, a quelque peu perdu. On a tenté d'échapper à la nécessité de joindre à l'extraction linéaire la pupille artificielle, en plaçant la section linéaire dans la cornée ; mais ces tentatives ont été peu heureuses, car on replace la section dans les mêmes conditions fâcheuses de cicatrisation que présente le procédé de Daviel, et quoique la coaptation de ces plaies soit, grâce à la linéarité de la section, plus intime que

W.

165261 1

celle de la section à lambeau, on ne peut, dans nombre de cas, éviter les prolapsus et enclavements de l'iris, accidents qui constituent un des principaux dangers de l'ancienne opération.

» Un procédé opératoire parfait aura donc à remplir les *desiderata* suivants :

» 1° La section doit être placée dans les meilleures conditions de coaptation et de cicatrisation : elle doit par conséquent occuper la jonction de la cornée avec la sclérotique.

» 2° Cette section doit permettre une sortie facile et complète du cristallin, *sans qu'il soit besoin de recourir à l'agrandissement de la pupille.*

» 3° Les enclavements et prolapsus de l'iris auxquels, plus que toutes autres, prédisposent les sections périphériques, doivent autant que possible être évités.

» 4° Il ne faudra pas obtenir, comme dans le procédé de Daviel, certains avantages au prix d'un nombre aussi considérable d'insuccès.

» A ces desiderata me paraît répondre le procédé opératoire qui suit :

» *Premier temps.* — L'aide relève avec le doigt la paupière supérieure ou fait usage d'un petit écarteur avec lequel il tient les paupières suspendues au-dessus du globe de l'œil. L'opérateur, après avoir fixé l'œil avec une pince, près du milieu du bord interne de la cornée, détache très-exactement le tiers supérieur de cette membrane dans sa jonction avec la sclérotique. Il forme ainsi sur une cornée de 12 millimètres de diamètre un lam-

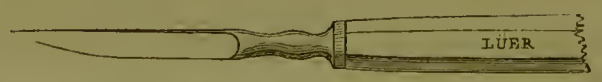

Fig. 1.

Fig. 2.

beau (1) de 4 millimètres de hauteur et de $11^{mm},32$ de base. Dès que la

(1) Les *fig.* 3, 4 et 5 représentent l'ancienne section à lambeau, celle de Jacobson et la mienne. Suivant que l'on faisait pour l'ancien lambeau (sur une cornée de 12 millimètres

Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5.

de diamètre) la ponction à 1 ou $\frac{1}{2}$ millimètre du bord sclérotical, le lambeau avait pour base 10 ou 11 millimètres. La section de Jacobson, située dans la jonction de la cornée avec la sclérotique et placée à 1 millimètre au-dessous du diamètre horizontal de la cornée, donnait, dans les mêmes conditions, à la base du lambeau une étendue de $11^{mm},83$, à peu de chose près $\frac{1}{2}$ millimètre de plus que ma section.

contre-ponction est faite et que l'iris ne peut plus se porter sur le tranchant du couteau (*fig.* 1) (1), l'opérateur dépose la pince à fixation et achève la section sans former de lambeau conjonctival. La section terminée, on laisse tomber la paupière supérieure, ou l'on retire l'écarteur.

» *Deuxième temps.* — On recouvre l'œil avec une éponge froide, et on laisse le malade se reposer. On procède ensuite à l'ouverture de la capsule du cristallin, en se servant d'un cystitome ordinaire, pendant que l'on tient soi-même la paupière supérieure.

» *Troisième temps.*—L'aide reprend la paupière supérieure, et l'opérateur, en même temps qu'il refoule avec la paupière inférieure le cristallin vers l'ouverture pratiquée à l'œil, déprime, au moyen d'une mince spatule en caoutchouc (*fig.* 2), la lèvre supérieure de la section et *l'insertion périphérique de l'iris*, de façon à décoiffer le cristallin de l'iris qui tend à l'envelopper au moment de sa sortie.

» *Quatrième temps.* — On procède au nettoyage de la pupille que l'on débarrasse des masses corticales qui peuvent avoir été retenues dans l'œil, en les faisant glisser au dehors par des frottements exercés de bas en haut sur la cornée à travers la paupière inférieure. Pendant ce nettoyage on ne se préoccupe aucunement du prolapsus de l'iris, pas plus qu'on a eu à en tenir compte pendant le deuxième et le troisième temps de l'opération. L'œil paraissant complétement débarrassé de tout débris de cataracte, si l'iris n'est pas rentré de lui-même dans l'œil, on réduit le prolapsus au moyen de la petite spatule que l'on fait doucement glisser à plat dans la plaie en repoussant l'iris devant elle.

» *Cinquième temps.* — La partie supérieure de l'iris occupant la chambre antérieure, on instille deux à trois gouttes d'une solution de sulfate neutre d'ésérine (5 centigrammes pour 10 grammes), et l'on attend cinq minutes, jusqu'à ce que l'action du myotique se produise et que, la pupille se resserrant, l'iris ne présente plus la moindre tendance à remonter vers la section, lorsqu'on engage le malade à regarder en bas.

» Le bandeau compressif est alors appliqué, et l'opéré peut se lever et gagner son lit. Il est prudent d'ôter le bandeau une ou deux heures après l'opération, et de réinstiller de l'ésérine si l'action du myotique ne se montre pas très-accusée à ce second examen. Par l'emploi de cette forte solution

---

(1) Le couteau dont je me sers est moitié moins large que l'ancien couteau à cataracte et a le double de la largeur du couteau que l'on emploie pour les incisions linéaires.

d'ésérine (1), on obtient un myosis considérable, qui dure plus de vingt-quatre heures, temps suffisant pour la réunion de la plaie; de façon qu'on peut alors au besoin recourir aux mydriatiques sans avoir à craindre un enclavement de l'iris. »

---

(1) Le sulfate d'ésérine absolument neutre n'occasionne pas de douleur au moment de son contact avec la conjonctive et n'irrite nullement l'œil qui vient d'être opéré, même si l'on répète, comme nous l'avons fait, trois ou quatre fois les instillations. Pour avoir une puissante action myotique, il faut se servir d'une solution fraîche de sulfate d'ésérine.

(24 mai 1875.)

GAUTHIER-VILLARS, IMPRIMEUR-LIBRAIRE DES COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES
2177 Paris. — Quai des Augustins, 55.